

Uso de álcool, adesão ao tratamento antirretroviral, parâmetros imunológicos e virológicos, sobrevivência e religiosidade/espiritualidade em pessoas vivendo com HIV - 4 Anos

Alcohol use, adherence to antiretroviral treatment, immunological and virological parameters, survival and religiosity/spirituality among persons living with HIV - over 4 Years

Consumo de alcohol, adherencia al tratamiento antirretroviral, parámetros inmunológicos y virológicos, supervivencia y religiosidad/espiritualidad entre personas que viven con el VIH - 4 años

Recebido: 15/11/2022 | Revisado: 06/12/2022 | Aceitado: 08/12/2022 | Publicado: 15/12/2022

Élida Mara Carneiro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0343-2397>
Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil
Associação Médico Espírita de Uberaba, Brasil
E-mail: elidamc16@gmail.com

Helia Morais Nomelini de Assis

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6103-1973>
Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil
E-mail: heliamassis@gmail.com

Livia Figueira Avezum Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1615-7876>
Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil
E-mail: livia.avezum@yahoo.com.br

Maria de Fátima Borges

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2294-848X>
Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil
Associação Médico Espírita de Uberaba, Brasil
E-mail: borgmf@uol.com.br

Naruna Pereira Rocha

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7513-3906>
Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil
E-mail: narunarocho@hotmail.com

Raquel Afonso Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0774-0955>
Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil
E-mail: Raquel_afonso30@hotmail.com

Resumo

Religiosidade e a espiritualidade têm sido associadas a comportamentos mais saudáveis e menos depressão em pessoas vivendo com HIV (PVHV) que frequentam cultos religiosos mensais. No entanto, faltam estudos avaliando pacientes hospitalizados e acompanhamento da adesão à terapia antirretroviral (TARV). O objetivo deste estudo foi examinar a influência da religiosidade/espiritualidade no uso de álcool e substâncias, depressão, adesão à TARV, parâmetros imunológicos e virológicos, internações, custos hospitalares e sobrevivência entre 84 pessoas vivendo com a imunodeficiência humana (PVIH) hospitalizadas. Estudo Coorte com seguimento de 4 anos. Os achados deste estudo mostram que pacientes com menor uso de bebidas alcoólicas são mais propensos a praticar atividades religiosas individuais. Contagens mais altas de células CD4, contagem de carga viral mais baixa durante a internação, melhor adesão à TARV e menor mortalidade em 4 anos estão associadas à alta religiosidade intrínseca em PVIH. Prática de atividades religiosas individuais estão associadas ao menor uso de bebidas alcoólicas e espiritualidade com melhor adesão à TARV e menor mortalidade. Diante dos benefícios demonstrados neste estudo e na literatura, as abordagens complementares espirituais devem ser incentivadas em hospitais e instituições de saúde como uma abordagem integrativa da saúde.

Palavras-chave: HIV; Espiritualidade; Religião; Terapia antirretroviral de alta atividade; Sobrevivência.

Abstract

Religiosity and spirituality have been associated with healthier behaviors and less depression in people living with HIV (PLWH) who attend monthly religious services. However, studies evaluating hospitalized patients and follow-up

adherence to antiretroviral therapy (ART) are lacking. The aim of this study was to examine the influence of religiosity/spirituality on alcohol and substance use, depression, ART, immunological and virological parameters, hospitalizations, hospital costs, and survival among 84 PLWH hospitalized. Cohort with a follow-up of 4 years. The findings of this study show that patients with less use of alcoholic beverages are more likely to practice individual religious activities. Higher CD4 cell counts, lower viral load counts during hospitalization, better adherence to ART, and lower mortality over 4 years are associated high intrinsic religiosity in PLWH. Practice individual religious activities are associated with less use of alcoholic beverages, and spirituality with better adherence to ART, and lower mortality. In view of the benefits shown in this study and the literature, spiritual complementary approaches should be encouraged in hospitals and health institutions as an integrative approach to health.

Keywords: HIV; Spirituality; Religion; Antiretroviral therapy, Highly active; Survivorship.

Resumen

La religiosidad y la espiritualidad se han asociado con comportamientos más saludables y menos depresión en las personas que viven con el VIH (PVHV) que asisten a servicios religiosos mensuales. Sin embargo, faltan estudios que evalúen pacientes hospitalizados y seguimiento de la adherencia a la terapia antirretroviral (TAR). El objetivo de este estudio fue examinar la influencia de la religiosidad/espiritualidad en el consumo de alcohol y sustancias, la depresión, la adherencia a TAR, los parámetros inmunológicos y virológicos, las hospitalizaciones, los costos hospitalarios y la supervivencia entre 84 personas que viven con la inmunodeficiencia humana virus (PLWH) hospitalizados. Cohorte con un seguimiento de 4 años. Los hallazgos de este estudio muestran que los pacientes con menor uso de bebidas alcohólicas son más propensos a practicar actividades religiosas individuales. Los recuentos de células CD4 más altos, los recuentos de carga viral más bajos durante la hospitalización, una mejor adherencia al TAR y una mortalidad más baja durante 4 años están asociados a la alta religiosidad intrínseca en las PLWH. La práctica de las actividades religiosas de los individuos está asociada al menor uso de bebidas alcohólicas y espiritualidad con una mejoría en el TARV y la menor mortalidad. En vista de los beneficios mostrados en este estudio y la literatura, los enfoques espirituales complementarios deben ser fomentados en hospitales e instituciones de salud como un enfoque integrador de la salud.

Palabras clave: VIH; Espiritualidad; Religión; Terapia antirretroviral altamente activa; Supervivencia.

1. Introdução

De acordo com dados obtidos em todo o mundo, cerca de 37,7 [30,2-45,1] milhões de pessoas vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) (UNAIDS). Em 2020, 1,5 milhão de pessoas foram infectadas pelo HIV e 680.000 [480.000–1 milhão] de pessoas morreram de doenças relacionadas à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

Segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), a projeção para 2030 é que a AIDS se torne a terceira principal causa de morte (Ministério da Saúde, 2011; 2012). O avanço dos tratamentos de saúde e dos recursos tecnológicos apresenta aumento da sobrevida e redução de infecções secundárias. No entanto, as infecções oportunistas pelo HIV e as dificuldades com a soropositividade podem trazer diferentes impactos na vida das pessoas (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012). Assim, a busca por estratégias de enfrentamento dessa condição tem sido abordada em muitos estudos.

Religiosidade/Espiritualidade (R/E) são consideradas construtos importantes no enfrentamento de problemas para pacientes infectados pelo HIV/AIDS (Caliari et al., 2018). O envolvimento R/E também tem sido correlacionado com melhora do humor, menos sintomas depressivos, maior bem-estar e menos autculpa entre indivíduos infectados pelo HIV (Doolittle et al., 2018; Koenig, 2012), além de estar associado à redução da mortalidade na população em geral (VanderWeele et al., 2017). No entanto, faltam estudos que avaliem a influência da R/E nos hábitos comportamentais, parâmetros de infecção e mortalidade em pessoas vivendo com HIV (PVHV) durante a internação hospitalar.

Objetivos e Hipóteses

Este estudo avaliou a influência da R/E nos hábitos comportamentais, adesão à terapia antirretroviral (TARV), parâmetros imunológicos e virológicos, internação, custos hospitalares e sobrevida de 84 PVHS hospitalizados e seguidos por 4 anos. Nossa hipótese foi que alta R/S está associada ao menor uso de álcool e substâncias, maior adesão ao tratamento com

antirretrovirais, preservação de linfócitos CD4, melhor controle da carga viral (CV), menos internações, custos hospitalares e maior sobrevivência de PVHV.

2. Metodologia

Estratégia de pesquisa

Este estudo foi desenhado e desenvolvido durante um ano com seguimento de quatro anos. A seleção da amostra foi definida por conveniência, por se tratar de setor fechado, com população limitada no máximo nove pacientes, na Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias (UDIP) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC/UFTM).

Amostra

Pacientes consecutivos admitidos na UDIP foram rastreados quanto ao HIV no período de um ano. O paciente foi elegível se tinha 18 anos ou mais, diagnóstico de HIV, capacidade cognitiva compreender os questionários. No total, 105 pacientes com diagnóstico de HIV referidos no prontuário clínico com exame confirmado pelo teste Elisa foram convidados a participar. Destes, 101 concordaram em ser entrevistados; no entanto, dezessete participantes foram excluídos por não preencherem adequadamente o instrumento de pesquisa. 84 pacientes foram incluídos no estudo.

Coleta de dados

Linha de base. Diagnóstico clínico, parâmetros de CV e células CD4 foram retirados do prontuário clínico e registrados durante a internação. Os pacientes responderam ao questionário com entrevista sociodemográfica sobre gênero, idade, escolaridade, situação conjugal e profissional (ter emprego e renda), hábitos comportamentais e seguidos por 4 anos.

Medidas

Foram avaliados os parâmetros imunológicos e virológicos em PVHV hospitalizadas e contagem de cópias de CD4/ml e CV. Esses parâmetros foram anotados durante a internação com seguimento de 4 anos (2016-2019).

Como medidas de adesão, optou-se por medidas objetivas de suspensão da TARV por meio do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos do Serviço de Farmácia (Siclom) e contagem de CV.

De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde (MS), a ingestão de 95% das doses prescritas é considerada necessária para reduzir com sucesso a CV. Os dados do Siclom, datas de retirada da medicação e número de comprimidos dispensados após o primeiro e quarto ano de internação, permitiram identificar a regularidade da retirada na farmácia e se os pacientes teriam medicação suficiente para atingir a medida do MS. Para calcular o período de acompanhamento, foi registrado o início de cada ano. Foram considerados aderentes à TARV os pacientes que permaneceram pelo menos 90% do tempo ou mais em acompanhamento com medicação a cada ano.

Além disso, todos os pacientes que aderiram à TARV e atingiram a supressão viral foram considerados aderentes, indicando a presença ou ausência de CV indetectável (abaixo de 50 cópias/ml). Neste estudo, consideramos a supressão viral abaixo de 40 cópias/ml (Günthard et al., 2016).

Para avaliação da sobrevida, foi considerada a descrição do óbito no prontuário eletrônico do paciente ou informações dos médicos residentes da UDIP.

O envolvimento R/E foi avaliado pelo Duke Religion Index (DUREL), uma escala de cinco itens (Koenig et al. 1997), traduzida para o português (Moreira-Almeida et al., 2008) e validada para o Brasil (Lucchetti et al., 2012), que mede três das principais dimensões do envolvimento religioso relacionado à saúde: atividade religiosa organizacional (ORA), refere-se à

frequência em reuniões religiosas como missas, cultos, cerimônias, grupos de estudo ou oração, entre outros; atividade religiosa não organizacional (NORA), que inclui frequência de atividades religiosas privadas como orações, meditação, leitura de textos religiosos, ouvir ou assistir programas religiosos na televisão ou rádio, etc; e a religiosidade (RI) intrínseca (ou subjetiva), relativa à busca da interiorização e também das vivências da religiosidade como objetivo principal do indivíduo. Os fins imediatos são considerados secundários e são alcançados de acordo com os princípios religiosos básicos (Koenig & Büssing, 2010).

Quanto ao cálculo da pontuação do instrumento, os domínios são analisados separadamente. Os achados do estudo com amostra de baixa renda demonstraram alta consistência interna e validade discriminante adequada. Os escores de ORA e NORA variam entre 1 a 6 e IR de 1 e 5. Para divisão categórica entre alto e baixo ORA e NORA, foi utilizado o ponto de corte ≥ 3 , e para IR, ≥ 10 pontos, segundo estudo anterior (Stroppa & Moreira-Almeida, 2013).

Os pacientes que atenderam aos critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa e informados sobre os objetivos, métodos, riscos, benefícios do trabalho, caráter voluntário da participação e sigilo a ser mantido.

Análise estatística

Para análise dos dados foi utilizado o software SPSS (Statistical Package for Social Science) versão 21.0. Os dados foram submetidos à análise descritiva por meio de frequências simples, média e desvio padrão. Na análise bivariada, as variáveis nominais foram recategorizadas, tornando-se dicotômicas: estado civil (com ou sem companheiro), escolaridade (≤ 8 anos ou mais), renda (com ou sem), profissional (empregado ou desempregado), tabagismo (sim ou não), uso de álcool (sim ou não), uso de drogas ilícitas (sim ou não), contagem de células CD4 (≤ 250 ou ≥ 251) e CV (≥ 41 ou ≤ 40), Adesão à TARV (regular: CV ≤ 40 e Dispensação de antirretrovirais ≥ 10 meses; irregular: CV ≥ 41 e Dispensação de antirretrovirais < 10 meses). Em seguida, foram aplicados os testes Qui-Quadrado ou Exato de Fisher entre as variáveis dicotomizadas para verificar associação e análise de Regressão de Poisson. Os testes *t* de Student e Mann-Whitney foram usados para variáveis quantitativas e Kaplan Meier para análise de sobrevivência. $P < 0,05$ foi considerado significativo.

Aspectos éticos

Este estudo faz parte da pesquisa intitulada "Impacto da espiritualidade/religiosidade no contexto da saúde nos indivíduos", aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, sob parecer nº 2.770.936, CAAE 53403115.9.0000.5154. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3. Resultados e Discussão

Resultados

Características da amostra e variáveis demográficas

No total, 84 PVHV foram incluídas no estudo. Dos entrevistados, 59,5% eram do sexo masculino. A idade média foi de 41 anos ($\pm 12,58$), a maioria (61,9%) tinha ensino fundamental incompleto, 66,6% recebiam até 3 salários mínimos e 23,81% não tinham renda (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas da população do estudo (N=84).

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	50	59,52
Feminino	34	40,48
Raça		
Branco	22	26,19
Não Branco	62	73,81
Profissão		
Aposentado	19	22,62
Do Lar	11	13,10
Funcionário	16	19,05
Autônomo	22	26,19
Desempregado	16	19,05
Escolaridade		
Analfabeto	3	3,57
Fundamental incompleto	52	61,90
Fundamental completo	17	20,24
Ensino médio completo	6	7,14
Graduação ou mais	6	7,14
Estado Civil		
Solteiro (a)	34	40,48
Casado (a) ou com Companheiro (a)	34	40,48
Viúvo (a)	9	10,71
Divorciado (a)	7	8,33
Renda (R\$)		
Sem renda	20	23,81
Até 1 salário mínimo (SM)	24	28,57
>1 a 3 SM	32	38,10
>3 a 5 SM	7	8,33
>5 a 10 SM	1	1,19
>10 SM	0	0,00

Legenda: N: tamanho da amostra; %: Porcentagem; SM: salário mínimo. Fonte: Autores.

A população de estudo, citada na tabela 1, era majoritariamente não branca, com baixa escolaridade e renda familiar.

Uso de álcool e substâncias

Quanto ao uso de substâncias psicoativas, 44% foram considerados em relação ao tabaco, 36,9% relacionado a bebidas alcoólicas e 17,8% à dependência de drogas. A Tabela 2 mostra a designação religiosa dos participantes, diagnósticos clínicos e uso de álcool e substâncias.

Tabela 2 - Religião, diagnóstico clínico, tempo de HIV e hábitos de vida (N =84).

Variáveis	N	%
Religião		
Católico	36	42,86
Evangélico	19	22,62
Espírita	12	14,29
Sem religião	7	8,33
Outra religião	7	8,33
Católico, espírita (2 religiões)	1	
Sem informação	2	
Diagnóstico Clínico		
RTV	17	20,24
Pneumopatias	14	16,67
Neuropatias	15	17,86
Cardiopatia	2	2,38
Doença renal	4	4,76
Doenças digestivas	10	11,90
Herpes	1	1,19
Doenças hematológicas	1	1,19
Mais de um diagnóstico clínico	6	7,14
Outras	14	16,67
Tempo de HIV		
Até 6 meses	23	27,38
> 6 meses à 5 anos	10	39,29
> 5 anos à 10 anos	18	60,71
> 10 anos	21	85,71
Não informado no prontuário	12	14,29
Tabagista		
Não	34	40,48
Sim	37	44,04
Parou	12	14,29
Não informado	1	1,19
Escore Tabagismo¹		
Não e/ou parou de fumar	46	55,42
Sim	37	44,58
Etilismo		
Não	34	40,48
Sim	31	36,90
Parou	18	21,43
Não informado	1	1,19
Escore Etilismo¹		
Não e/ou parou de beber	52	62,65
Sim	31	37,35
Uso de drogas ilícitas (UDI)		
Não	52	61,90
Sim	15	17,86
Parou	15	17,86
Não informado	2	2,38
Escore de UDI²		
Não e/ou parou	67	81,71
Sim	15	18,29
Escore UDI²		
Nunca fez uso	52	61,90
Faz/ ou fez uso	30	35,71

Legenda: N: tamanho da amostra; %: Porcentagem. Fonte: Autores.

A maioria dos participantes descritos na Tabela 2 relatou ser católica, 27% teve diagnóstico recente de HIV, no

entanto a maior parte possuía mais de 5 anos de diagnóstico.

Religiosidade/Espiritualidade

Quando questionados sobre frequência que vão a uma igreja, templo ou outro encontro religioso, 37,5% dos pacientes responderam que vão uma vez por semana ou mais; 17% duas ou três vezes por mês; 14,8% algumas vezes ao ano ou menos; 18,2% uma vez ao ano ou menos e 12,5% relataram nunca frequentar. "Nunca" foi considerado para os pacientes que não compareceram a nenhuma reunião religiosa no último ano.

Em relação à frequência com que os pacientes dedicam seu tempo a atividades religiosas individuais, como orações, meditações, leitura da Bíblia ou outros textos religiosos, 47,8% relataram fazer tais práticas uma ou mais vezes ao dia; 4,5% duas ou mais vezes por semana; 17% algumas vezes ao mês e 19,3% raramente ou nunca.

Em relação à avaliação da RI, 63,6% relataram ser "totalmente verdadeiro" que "na minha vida, sinto a presença de Deus" (ou do Espírito Santo), enquanto 22,7% responderam "Não é verdade". Em relação à frase "Minhas crenças religiosas estão realmente por trás de todo o meu modo de vida", 37,5% relataram ser "totalmente verdadeiro para mim" e 31,8% disseram "Não é verdade". Além disso, com relação à frase "Eu me esforço muito para viver minha religião em todos os aspectos da vida", "totalmente verdadeiro" foi escolhido por 33% dos pacientes e 38,6% responderam "Não é verdade". Quanto à análise de ORA, NORA e IR, a maioria, 54,5%, 59,1 e 56,8%, foram respectivamente altos.

Parâmetros imunológico e virológicos

Para os parâmetros analíticos de infecção, encontrou-se média de CD4 e CV de $239,36 \pm 262,57$ e $207,192,80 \pm 681168,24$ na internação, respectivamente. Durante o acompanhamento, os valores de CD4 e CV foram $389,20 \pm 286,36$ em 1 ano; $328,46 \pm 239,94$ em 2 anos; $328,46 \pm 239,94$ no 3º ano e, finalmente, $424,11 \pm 288,70$ no 4º ano.

No total de PVHV com valores analíticos de CV (81%), apenas 25 sujeitos (29,8%) apresentaram contagem indetectável no sangue (≤ 40 cópias/mL) durante a internação, o que corresponde a um valor nulo de log (HIV). Durante o seguimento, observamos uma redução no acompanhamento ambulatorial dos pacientes infectados pelo HIV. Em 1 ano 57,1% apresentaram valores analíticos de VL, dos quais 34 (40,5%) foram indetectáveis; 59,5% apresentaram valores analíticos de CV em 2 anos com 35 (41,7%) contagem indetectável de CV; em 3 anos, 51,2% tiveram análise de CV com 32 (38,1%) com valores indetectáveis; e 42 (50%) tinham análise de CV; por fim, apenas 28 (33,3%) eram indetectáveis.

Tempo de internação e óbitos

Em relação ao seguimento, observamos uma redução do número de internações em ≥ 4 dias durante o período de seguimento. Nove (11,5%) óbitos ocorreram durante o período de internação e 17 (23,3%) durante o seguimento (Tabela 3).

Tabela 3 - Tempo de permanência e óbitos.

Variáveis	N	%
Internação - 1º ano de seguimento		
< 4 dias	57	91,94
≥ 4 dias	5	8,06
Internação - 2º ano de seguimento		
< 4 dias	53	94,64
≥ 4 dias	3	5,36
Internação - 3º ano de seguimento		
< 4 dias	47	92,16
≥ 4 dias	4	7,84
Internação - 4º ano de seguimento		
< 4 dias	45	100,00
≥ 4 dias	0	0,00
Óbitos durante internação		
Não	69	88,46
Sim	9	11,54
Óbitos – 1 ano de seguimento		
Não	63	91,30
Sim	6	8,70
Óbitos – 2 anos de seguimento		
Não	60	95,24
Sim	3	4,76
Óbitos – 3 anos de seguimento		
Não	59	98,33
Sim	1	1,67
Óbitos – 4 anos de seguimento		
Não	52	88,14
Sim	7	11,86
Óbitos durante seguimento		
Não	53	72,60
Sim	17	23,29
Ignorado	3	4,11

Legenda: N: tamanho da amostra; %: Porcentagem. Fonte: Autores.

No quarto ano de seguimento, observamos que não houve internações prolongadas (≥ 4 dias), conforme descrito na Tabela 3. Em relação à dispensação da TARV, no seguimento de 1 ano, 44,4% foram irregulares e 29,6% regulares. Após 4 anos de acompanhamento, apenas 26,8% tiveram dispensação regular.

Na análise bivariada, a prática de atividades religiosas individuais, na dimensão NORA, PVHV com uso de bebida alcoólica tem 0,405 chance de ter NORA baixo, comparadas a pacientes não alcoolistas ($p= 0,040$), ver Tabela 4. As demais variáveis não apresentaram diferença significativa nos resultados avaliados.

Table 4 - Associação entre NORA e ansiedade, depressão, uso de álcool, dispensação de TARV e óbitos em PVHV.

Variáveis	NORA		p
	Baixa N (%)	Alta N (%)	
Ansiedade			
Baixa	15 (39,47)	23 (60,53)	0,734
Alta	19 (43,18)	25 (56,82)	
Depressão			
Não	14 (35,90)	25 (64,10)	0,330
Sim	20 (46,51)	23 (53,49)	
Uso de álcool			
Não	17 (32,70)	35 (67,30)	0,040*
Sim	17 (54,80)	14 (45,20)	
Dispensação de TARV – 1 ano de seguimento			
Irregular	8 (33,33)	16 (66,67)	0,306
Regular	26 (46,61)	31 (54,39)	
Dispensação de TARV – 4 anos de seguimento			
Irregular	9 (40,91)	13 (59,09)	0,844
Regular	26 (43,33)	34 (56,67)	
Óbitos durante hospitalização			
Não	23 (43,40)	30 (56,60)	0,872
Sim	7 (41,18)	10 (58,82)	

Legenda: N: tamanho da amostra; %: porcentagem. *P<0,05: significância estatística. Teste qui-quadrado de Pearson. Fonte: Autores.

Pacientes com alta RI tiveram maiores pontuações de dispensação de TARV e menores contagens de CV em 1 ano de seguimento (p=0,038) e 4 anos (p=0,005), além de menos mortes no quarto ano de seguimento (Tabela 5).

Table 5 - Association between anxiety, depression, adherent to ART and death during hospitalization and follow-up in PLWH.

Variáveis	IR		p
	Low N (%)	High N (%)	
Ansiedade			
Baixa	15 (39,47)	23 (60,53)	0,453
Alta	21 (47,73)	23 (52,27)	
Depressão			
Não	15 (38,46)	24 (61,54)	0,344
Sim	21 (48,84)	22 (51,16)	
Dispensação + CV – 1 ano de seguimento^t			
Irregular + CV \geq 41	22 (56,4)	17 (43,600)	0,038*
Regular + CV \leq 40	12 (33,30)	24 (66,70)	
Dispensação + CV – 4 anos de seguimento^t			
Irregular + CV \geq 41	20 (62,50)	12 (37,50)	0,005*
Regular + CV \leq 40	8 (26,70)	22 (73,30)	
Óbitos durante hospitalização			
Não	23 (43,40)	30 (57,70)	0,268
Sim	10 (58,82)	7 (41,18)	
Óbitos durante 4 anos de seguimento			
Não	22 (42,30)	30 (56,60)	0,038*
Sim	6 (88,70)	1 (14,30)	

Legenda: N: tamanho da amostra; %: porcentagem.; CV: carga viral; *P<0,05: significância estatística. Teste Exato de Fisher. Fonte: Autores.

A dimensão RI foi associada a maior adesão à TARV durante o período de seguimento e menor óbito em 4 anos de seguimento, citado na Tabela 5.

Na análise dos parâmetros imunológicos e virológicos (CD4 e CV), número de internações e custos hospitalares ao longo do período do estudo, observamos contagens de células CD4 significativamente maiores e menores de CV durante a internação. A Tabela 6 apresenta os resultados.

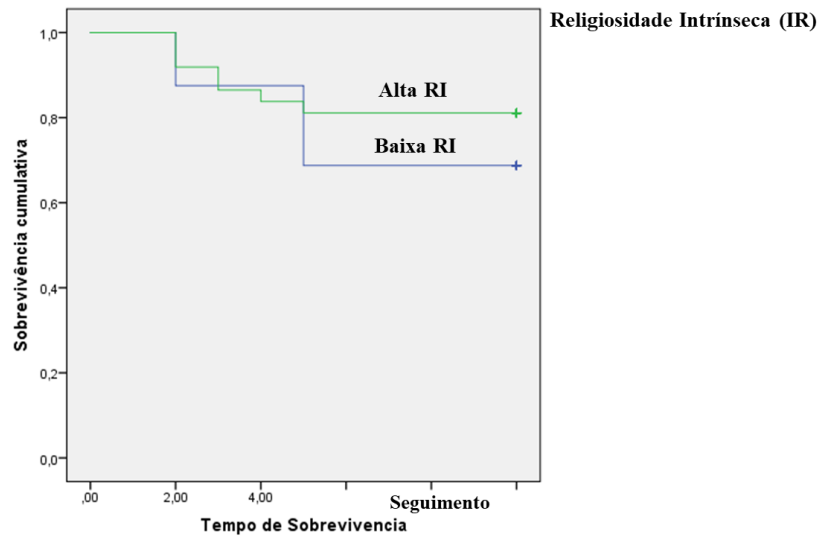
Tabela 6 - Relação entre R/S e parâmetros imunológicos e virológicos, número de internações e custos ao longo do estudo.

Variáveis	Religiosidade Organizacional		p
	Baixa Média ± DP	Alta Média ± DP	
<i>Ansiedade</i>	8,08 ± 5,05	7,08 ± 4,57	0,354
<i>Depressão</i>	6,70 ± 4,25	7,26 ± 4,63	0,571
<i>CD4 hospitalization (n=68)[†]</i>	232,68 ± 292,96	245,30 ± 236,40	0,534
<i>CD4 2019 (n=26)</i>	453,53 ± 328,91	394,69 ± 252,15	0,613
<i>CV hospitalization (n=68)[†]</i>	323449,2 ± 911833,4	115411,5 ± 410997,7	0,342
<i>CV 2019 (n=42)[†]</i>	19012 ± 68496,47	14517,5 ± 52106,97	0,685
<i>Nº total de internações</i>	2,63 ± 3,68	2,28 ± 3,59	0,785
<i>Valor Faturado</i>	908,03 ± 778,66	1204,22 ± 1227,79	0,105
<i>Valor total gasto</i>	1913,48 ± 1730,44	2129,84 ± 2052,75	0,843
<i>Valor médio de internação</i>	902,84 ± 600,74	1168,189 ± 1144,20	0,502
	Religiosidade Não Organizacional		
<i>Ansiedade total</i>	8,00 ± 4,99	7,20 ± 4,67	0,354
<i>Depressão total</i>	7,47 ± 4,56	6,68 ± 4,38	0,571
<i>CD4 2015 (n=68)[†]</i>	223,48 ± 205,17	249,82 ± 296,38	0,577
<i>CD4 2019 (n=26)</i>	314,58 ± 219,92	518,00 ± 314,31	0,072
<i>CV 2015 (n=68)[†]</i>	301918,8 ± 975191,4	152119,6 ± 433936,5	0,880
<i>CV 2019 (n=42)[†]</i>	18566,88 ± 57856,57	15359,52 ± 62152,65	0,119
<i>Nº total de internações</i>	3,00 ± 4,41	2,1 ± 3,01	0,412
<i>Valor Faturado</i>	901,43 ± 758,60	1193,93 ± 1218,30	0,133
<i>Valor total gasto</i>	2065,75 ± 1938,07	2000,50 ± 1895,91	0,082
<i>Valor médio de internação</i>	842,53 ± 627,01	1199,42 ± 1100,47	0,076
	Religiosidade Íntrínseca		
<i>Ansiedade total</i>	7,69 ± 4,76	7,41 ± 4,86	0,793
<i>Depressão total</i>	7,00 ± 4,11	7,02 ± 4,73	0,982
<i>CD4 2015 (n=68)[†]</i>	125,20 ± 157,76	324,25 ± 293,06	0,002*
<i>CD4 2019 (n=26)</i>	303,4 ± 233,95	499,56 ± 300,48	0,092
<i>CV 2015 (n=68)[†]</i>	341223,5 ± 955519,2	124221,5 ± 427862,2	0,004*
<i>CV 2019 (n=42)[†]</i>	41176,2 ± 95408,49	3036,37 ± 13738,8	0,067
<i>Nº total de internações</i>	3,62 ± 4,87	1,60 ± 2,02	0,098
<i>Valor Faturado</i>	978,79 ± 758,69	1149,54 ± 1260,38	0,721
<i>Valor total gasto</i>	1405,33 ± 1074,11	2496,60 ± 2237,29	0,907
<i>Valor médio de internação</i>	1045,27 ± 756,03	1048,95 ± 1087,93	0,543

Legenda: SD: desvio padrão; *P<0,05: significância estatística. Teste T de Student[†]; Teste de Mann-Whitney. Fonte: Autores.

Além disso, os pacientes com baixo RI internaram duas vezes mais (3,62 ± 4,87) do que aqueles com alta RI (1,60 ± 2,02), embora sem diferença significativa (p = 0,098), citado na tabela 6. Em relação à sobrevida das PVHV ao longo do decorrer do estudo, encontramos menor mortalidade significativa nos pacientes com alta RI somente com 4 anos de seguimento (p= 0,038) (Figura 1).

Figura 1 - Sobrevivência cumulativa e Religiosidade Intrínseca ao longo do estudo.



Fonte: Autores.

Discussão

A análise dos resultados mostrou que pacientes com alta prática de atividades religiosas individuais apresentam menor uso de álcool e alta RI está associada a melhores parâmetros imunológicos e virológicos durante a internação, maior adesão à TARV e menor mortalidade em 4 anos.

Em relação ao uso de bebidas alcoólicas, a pesquisa constatou que o aumento da NORA foi associado à menor ingestão de álcool. Esse resultado é consistente com uma revisão de estudos, em que pessoas religiosas têm melhores hábitos comportamentais. As religiões muitas vezes influenciam as decisões sobre os comportamentos de saúde, desencorajando o uso de quantidades excessivas de álcool, que está associada a consequências negativas para a saúde (Kaplan & Berkman, 2011). Além disso, uma meta-análise mostrou que indivíduos que usavam álcool tinham duas vezes mais chances de não aderirem à TARV (34% de não adesão entre usuários de álcool versus 18% entre não usuários). O efeito combinado do uso de álcool foi associado à não supressão viral (Velloza et al., 2020).

Neste estudo, pacientes infectados pelo HIV com alta RI apresentaram melhores indicadores imunológicos durante a internação, maior contagem de CD4 e menor LV, boa adesão à TARV e menos internações hospitalares ao longo do estudo e, portanto, maior sobrevida em 4 anos. Estudos Coortes realizados em outros países mostraram que boa adesão aumenta a taxa de sobrevida de pacientes com PVHV (Siraj et al., 2022; Abuto et al., 2021; Kebede et al., 2020). A TARV aumenta a sobrevida de pacientes HIV positivos ao reduzir a CV e aumentar a contagem de CD4. Quando a contagem de CD4 aumenta, os pacientes ficam mais protegidos contra infecções oportunistas e a transmissão do HIV reduz (Siraj et al., 2022).

Estudos mostraram que os pacientes que relataram um aumento na espiritualidade após o diagnóstico de HIV tiveram taxas mais baixas de perda de células CD4 e a maior sobrevida foi significativamente relacionada à frequência de orações (Ironson et al., 2002; 2006; 2016), incluindo aqueles que foram acompanhados em ambulatório (Pinho et al., 2017; Emler et al., 2018). Em estudo com mulheres infectadas pelo HIV, os autores destacaram a importância da espiritualidade na saúde física e mental e no bem-estar dessa população (Arrey et al., 2016). Recente meta-análise elucidou o mecanismo da influência da R/E sobre marcadores fisiológicos de saúde mostrando que medidas de religiosidade extrínseca e intrínseca estão significativamente associadas à saúde (Shattuck et al., 2020). Além disso, revisão com vários estudos mostrou que o envolvimento religioso está associado à redução da mortalidade na população em geral (VanderWeele et al., 2017).

Por fim, é necessário apontar como fatores limitantes do estudo a seleção dos participantes em amostra de conveniência por envolver apenas pacientes internados. No entanto, os resultados encontrados e estudos semelhantes são relevantes para sensibilizar os profissionais de saúde que cuidam de PVHV para conhecerem os possíveis facilitadores do enfrentamento saudável da infecção, bem como para subsidiar intervenções de cuidado religioso/espiritual durante a hospitalização. Ademais, não houve replicação do questionário de religiosidade para avaliar se, após a internação, os pacientes tornaram-se mais religiosos e/ou espiritualizados. Como o seguimento ocorreu apenas nos pacientes acompanhados no ambulatório, não foi possível identificar se as internações foram somente por motivos relacionados ao HIV. Outra limitação foi não identificar o início da TARV, considerando que o início precoce da TARV é fundamental para a sobrevida dos pacientes infectados pelo HIV. Os pacientes que iniciaram a TARV no estágio I da OMS tiveram melhores resultados de sobrevida comparados aqueles com doença no estágio IV (Siraj et al., 2022).

4. Conclusão

Menor uso de álcool está associado a alta prática de atividades religiosas individuais. Maiores contagens de células CD4 e menores de carga viral durante a hospitalização, melhor adesão à TARV e menor mortalidade em 4 anos estão associados à alta RI em PVHS. Tendo em vista os benefícios apontados neste estudo e na literatura, abordagens espirituais complementares devem ser incentivadas em hospitais e instituições de saúde como abordagem integrativa da saúde.

Mais investigações são necessárias em seguimentos prolongados de adultos e crianças vivendo com HIV, exigindo estrita adesão ao tratamento, quanto às suas condições clínicas. Estudos futuros devem avaliar os benefícios das intervenções R/E em pessoas que vivem com diversas condições médicas crônicas.

Referências

- Abuto, W., Abera, A., Gobena, T., Dingeta, T., & Markos, M. (2021). Survival and predictors of mortality among HIV positive adult patients on highly active antiretroviral therapy in public hospitals of Kambata Tambaro Zone, Southern Ethiopia: a retrospective cohort study. *HIV/AIDS*, 13: 271.
- Arrey, A. E., Bilsen, J., Lacor, P., & Deschepper, R. 2016. Spirituality/Religiosity: A cultural and psychological resource among sub-saharan African migrant women with HIV/AIDS in Belgium. *PLoS One*, 11 (7), e0159488.
- IBGE. (2012). Demographic census 2010: general characteristics of the population, religion and people with disabilities, Brazil. Brazilian Institute of Geography and Statistics. 2012. Demographic census 2010: general characteristics of the population, religion and people with disabilities, Brazil. <https://ww2.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/censo2010/calendario.shtm> <https://ww2.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/censo2010/calendario.shtm>.
- Caliari, J. S., Reinato, L. A. F., Pio, D. P. M., Lopes, L. P., Reis, R. K., & Gir. E. (2018). Quality of life of elderly people living with HIV/AIDS in outpatient follow-up. *Rev Bras Enferm*. 71(suppl 1), 513-22.
- Doolittle, B. R., Justice, A. C., & Fiellin, D. A. (2018). Religion, Spirituality, and HIV Clinical Outcomes: A Systematic Review of the Literature. *AIDS and behavior*, 22(6), 1792–1801. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1651-z>
- Emler, C. A., Harris, L., Pierpaoli, C. M., & Furlotte, C. (2018). "The Journey I Have Been Through": The Role of Religion and Spirituality in Aging Well Among HIV-Positive Older Adults. *Research on aging*, 40(3), 257–280. <https://doi.org/10.1177/0164027517697115>
- Günthard, H. F., Saag, M. S., Benson, C. A., del Rio, C., Eron, J. J., Gallant, J. E., Hoy, J. F., Mugavero, M. J., Sax, P. E., Thompson, M. A., Gandhi, R. T., Landovitz, R. J., Smith, D. M., Jacobsen, D. M., & Volberding, P. A. (2016). Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV Infection in Adults: 2016 Recommendations of the International Antiviral Society-USA Panel. *JAMA*, 316(2), 191–210. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.8900>.
- Ironson, G., Stuetzle, R., & Fletcher, M. A. (2006). An increase in religiousness/spirituality occurs after HIV diagnosis and predicts slower disease progression over 4 years in people with HIV. *Journal of general internal medicine*, 21 Suppl 5(Suppl 5), S62–S68. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00648.x>
- Ironson, G., Kremer, H., & Lucette, A. (2016). Relationship Between Spiritual Coping and Survival in Patients with HIV. *Journal of general internal medicine*, 31(9), 1068–1076. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3668-4>
- Ironson, G., Solomon, G. F., Balbin, E. G., O'Cleirigh, C., George, A., Kumar, M., Larson, D., & Woods, T. E. (2002). The Ironson-woods Spirituality/Religiosity Index is associated with long survival, health behaviors, less distress, and low cortisol in people with HIV/AIDS. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 24(1), 34–48. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2401_05
- Kaplan, D. B., & Berkman, B. (2011). Dementia care: A global concern and social work challenge. *International Social Work*, 54 (3), 361-373. <https://doi.org/10.1177/0020872810396255>

- Kebede, A., Tessema, F., Bekele, G., Kura, Z., & Merga, H. (2020). Epidemiology of survival pattern and its predictors among HIV positive patients on highly active antiretroviral therapy in Southern Ethiopia public health facilities: a retrospective cohort study. *AIDS research and therapy*, 17(1), 49. <https://doi.org/10.1186/s12981-020-00307-x>
- Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN psychiatry*, 2012, 278730. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Koenig, H., Parkerson, G. R., Jr, & Meador, K. G. (1997). Religion index for psychiatric research. *The American journal of psychiatry*, 154(6), 885–886. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.6.885b>
- Koenig, H. G., & Büssing, A. (2010). The Duke University Religion Index (DUREL): A five-item measure for use in epidemiological studies. *Religions*, 1(1), 78–85. <https://doi.org/10.3390/rel1010078>
- Koenig, H. G., Zaben, F. A., & Khalifa, D. A. (2012). Religion, spirituality and mental health in the West and the Middle East. *Asian journal of psychiatry*, 5(2), 180–182. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2012.04.004>
- Lucchetti, G., Granero Lucchetti, A. L., Peres, M. F., Leão, F. C., Moreira-Almeida, A., & Koenig, H. G. (2012). Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese version). *Journal of religion and health*, 51(2), 579–586. <https://doi.org/10.1007/s10943-010-9429-5>
- Ministry of Health 2012. (2018). *Epidemiological Bulletin AIDS-STD, preliminary version*. Brazil. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epidem_hiv aids_2012.pdf
- Ministry of Health 2011. (2018). *Epidemiological Bulletin AIDS - Secretariat of Health Surveillance, National STD/AIDS Coordination, Ministry of Health of Brazil*, Brazil. <http://www.aids.gov.br/es/node/76>.
- Moreira-Almeida, A., Peres, M. F., Aloe, F., Lotufo Neto, F., & Koenig, H. G. (2008). Versão em português da escala de Religiosidade da Duke – DUREL. *Arch. Clin. Psychiatry*, 35(1): 31–32. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000100006>
- Pinho, C. M., Dâmaso, B. F., Gomes, E. T., Trajano, M. F., Andrade, M. S., & Valença, M. P. (2017). Religious and spiritual coping in people living with HIV/Aids. *Revista brasileira de enfermagem*, 70(2), 392–399. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0170>
- Shattuck, E. C., & Muehlenbein, M. P. (2020). Religiosity/Spirituality and Physiological Markers of Health. *Journal of religion and health*, 59(2), 1035–1054. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0663-6>
- Siraj, M., Gedamu, S., & Tegegne, B. (2022). Predictors of Survival Time Among HIV-Infected Adults After Initiating Anti-Retroviral Therapy in Kombolcha Town: A 5-Year Retrospective Cohort Study. *HIV/AIDS (Auckland, N.Z.)*, 14, 181–194. <https://doi.org/10.2147/HIV.S359495>
- Stroppa, A., & Moreira-Almeida, A. (2013). Religiosity, mood symptoms, and quality of life in bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 15(4), 385–393. <https://doi.org/10.1111/bdi.12069>
- VanderWeele, T. J., Balboni, T. A., & Koh, H. K. (2017). Health and Spirituality. *JAMA*, 318(6), 519–520. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.8136>
- Velloza, J., Kemp, C. G., Aunon, F. M., Ramaiya, M. K., Creegan, E., & Simoni, J. M. (2020). Alcohol Use and Antiretroviral Therapy Non-Adherence Among Adults Living with HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *AIDS and behavior*, 24(6), 1727–1742. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02716-0>